事 故 受 付 書

名鉄協商株式会社
保険事業部　保険担当
連絡先　０５２（５８２）１０２０
ＦＡＸ　０５２（５８２）１００９

事故年月日	年　月　日 午 前 後 時　分		
事故場所(住所)			
届出警察		ＴＥＬ	
		担　当	

当方

登録番号				リースNo			
				車　名			
お客様名				ＴＥＬ			
				担　当			
運転者	住　所						
	氏　名						
	生年月日	年　月　日		携帯			
	免許ＮＯ						
	有効期限	普1・2 大1・2	S・H	年　月　日			
修理先	住　所						
	名　称						
	ＴＥＬ			担　当			
	見積額						
	免責請求						
病院	住　所						
	名　称			ＴＥＬ			

名鉄協商記入欄

証券No				
保険期間	自　年　月　日	免	当方（　）万	
	至　年　月　日		先方（　）万	
保険金額	車両　免	対人	対物	搭乗
	万	万	万	万
保険会社名		報告日　/	担当	
過失割合	当方　%相手　%	自損・賠償・求償・過失		

相手方

登録番号		車名		
運転者	住　所			
	氏　名	ＴＥＬ		
所有者	住　所			
	氏　名			
	担当者	ＴＥＬ		
修理先	氏　名			
	担当者	ＴＥＬ		
	見　積	代車代		
損保名	会社名	ＴＥＬ		
		ＦＡＸ		
	担当者	物	人	
病院	住　所			
	名　称	ＴＥＬ		

事故状況

自車両

相手車両

備　考

免許証添付

現場見取図